

HALANA FARIA DE AGUIAR ANDREZZO

**A SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE COM SEU PARTO:
resultados de três maternidades do sul do Brasil**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2007**

HALANA FARIA DE AGUIAR ANDREZZO

**A SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE COM SEU PARTO:
resultados de três maternidades do sul do Brasil**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Professor Orientador: Prof. Antônio Fernando Boing

Professor Co-orientador: Profa. Dra. Roxana Knobel

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2007



À minha mãe!

AGRADECIMENTOS

*Caminante no hay camino, se hace camino al andar
Al andar se hace camino y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca se ha de volver a pisar*
Antonio Machado

Concluir este trabalho significa o começo do fim de uma trajetória de seis anos e o início de uma nova jornada, aproveito o momento e espaço para, em revista, lembrar de pessoas que compartilharam comigo desta caminhada...

A todos e todas as pacientes que durante estes anos confiaram suas histórias, deixaram-se tocar por mãos por vezes inexperientes, contribuindo de maneira inestimável para minha formação como médica e pessoa.

Às gestantes que pude conhecer e acompanhar no mágico e sagrado momento do nascimento de seus filhos e filhas.

À escola que foi o movimento estudantil, aos amigos de conspirações e inspirações Ronaldo, Bruninha, Djon, Igor, Wagner, Patrícia, Isis, Tainá, Vinícius, que comigo compartilharam a idéia de que “nada é tão natural que seja impossível mudar...”

À dupla que me aceitou para formar um trio no internato, Myriam e Rafaela, pela companhia no aprendizado, nos cafezinhos do meio da manhã, nas conversas fiadas.

Aos amigos do PES: Ju, Cinara, Leo, João e Vicente que toparam ultrapassar os muros da universidade, vivenciar um pouco de realidade, tentando compreendê-la para contribuir com sua transformação...

À amiga Gabriela com quem coloquei em prática a idéia de orientar gestantes na sua preparação para um parto mais harmonioso, às grávidas e demais amigo(as) do Centro de Saúde de Santo Antônio.

Aos professores que continuam ensinando que há mais do que técnica no encontro entre médico e paciente, que estimulam a busca incessante pelo conhecimento, que se comprometem com o ensino, que defendem a responsabilidade social do médico, e que de alguma forma personificam a Resistência: César Semionato, Carlos Eduardo Pinheiro, Roberto Heinisch, Marco da Rós, Luciano Rangel, Marcos Leite e Roxana Knobel.

Às amigas do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando, Telma, Ariane e Marisa, parceiras de pesquisa e idealizadoras do projeto do qual nasceu este trabalho.

À grande amiga Kariny Larissa, mulher forte que me compreendeu e acolheu na dureza que pode ser a faculdade de medicina.

A Esteban Albizuri por fazer parte da construção de quem sou hoje.

A Antonio Boing pelas importantes considerações, disposição e por me conduzir pelos melhores percursos estatísticos neste trabalho.

À Roxana Knobel pelas conversas inspiradoras, pelo carinho e por ter conseguido trazer esta aquariana ao chão quando necessário.

A Filipe pelo carinho e afeto que com certeza estão nestas páginas.

A meus pais, Elvira e Deomar, e meus irmãos, Daniel e Maria Tereza, pelos ensinamentos cotidianos de equilíbrio, respeito e amor.

Ao CNPq que financiou este projeto.

RESUMO

Introdução: Uma experiência negativa com o parto pode trazer consequências indesejáveis para a mulher e seu bebê.

Objetivos: Testar variáveis associadas a insatisfação de puérperas que tiveram trabalho de parto acompanhado nas três maternidades em estudo.

Metodologia: Estudo transversal e multicêntrico conduzido mediante análise de entrevistas e prontuários de puérperas que tiveram trabalho de parto e parto acompanhados em três Hospitais Universitários da região sul do Brasil no período de maio a agosto de 2006.

Resultados: Estiveram associadas a sentir-se mal no trabalho de parto: ser primípara ($p=0,008$), ter dor maior do que a esperada ($p=0,000$) e não ter contato com bebê logo após o parto ($p=0,009$). Estiveram associadas a sentir-se mal durante o parto: parto vaginal ($p=0,002$), intercorrências com o bebê ($p=0,024$), ter dor pior que a esperada ($p=0,008$), não ter contato com o bebê logo após o parto ($p=0,038$) e ser múltipara ($p=0,026$).

Conclusões: Sugere-se que a preparação das primíparas para o trabalho de parto, o controle da dor e o contato precoce com o recém nascido possam ajudar a diminuir os índices de insatisfação com o parto. Múltiparas e mulheres cujos bebês apresentam intercorrências devem ser consideradas como tendo mais chances de se sentir insatisfeitas com o parto e necessitam de cuidados específicos da equipe de assistência.

Palavras-chave: satisfação da paciente, parto humanizado, saúde da mulher

ABSTRACT

Introduction: A negative birth experience may cause undesirable consequences to woman and her baby.

Objective: To test variables associated to feeling bad during labor and childbirth of women who had labor accompanied at the three participant hospitals.

Methods: Multicentric transversal study through the analyses of interviews and medical records of postpartum women who had labor and delivery accompanied at three University Hospitals from the south region of Brazil during de period of may to august of the year 2006.

Results: Being first time mother ($p=0,008$), pain worst than imaginable ($p=0,000$) and not having contact with baby right after birth ($p=0,009$), were associated with feeling bad during labor. Vaginal birth ($p=0,002$), problems with baby ($p=0,024$), pain worst than imaginable ($p=0,008$), not having contact with baby right after birth ($p=0,038$) and being multiparous ($p=0,026$) were associated to feeling bad during delivery.

Conclusions: this study suggests that birth preparation classes during pregnancy to first time mothers, pain control during labor and early contact with baby may help reduce dissatisfaction rates. Multiparous and women whose babies have problems should be considered as having more chances of feeling bad during childbirth and therefore may demand special care from health assistants.

Key-words: Patient's satisfaction, Humanized birth, Women's health

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo características sócio-demográficas	12
TABELA 2 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo características obstétricas e da gestação atual.....	13
TABELA 3 - Análise univariada da associação entre características demográficas/obstétricas e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Trabalho de Parto	14
TABELA 4 - Análise univariada da associação entre características da assistência obstétrica e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Trabalho de Parto	15
TABELA 5 - Análise univariada da associação entre sentimentos/expectativas prévias e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Trabalho de Parto.....	16
TABELA 6 - Análise multivariada contendo as variáveis que influenciaram negativamente a avaliação das mulheres com relação a seu trabalho de parto	17
TABELA 7 - Análise univariada da associação entre características demográficas e obstétricas e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Parto	18
TABELA 8 - Análise univariada da associação entre características da assistência obstétrica e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Parto	19
TABELA 9 - Análise univariada da associação entre sentimentos/expectativas prévias e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Parto	20
TABELA 10 - Análise Multivariada Contendo As Variáveis Que Influenciaram Negativamente A Avaliação Das Mulheres Com Seu Parto	20

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE TABELAS	vii
SUMÁRIO	viii
 1 INTRODUÇÃO	 1
2 OBJETIVO	4
2.1 Objetivo geral	4
2.2 Objetivos específicos	4
 3 MÉTODOS.....	 5
3.1 Tipo de estudo	5
3.2 Hospitais participantes.....	5
3.3 Amostra	6
3.3.1 Tamanho amostral	6
3.3.2 Critérios de inclusão	6
3.3.3 Critérios de exclusão	6
3.4 Variáveis selecionadas.....	6
3.4.1 Demográficas e obstétricas	7
3.4.2 Assistência obstétrica	8
3.4.3 Sentimentos e expectativas.....	8
3.5 Fonte de dados / informação.....	9
3.6 Análise dos dados	10
 4 RESULTADOS	 11
4.1 Amostra	11
4.2 Características sócio-demográficas e obstétricas	12
4.3 Satisfação com trabalho de parto.....	13
4.4 Satisfação com parto.....	17
 5 DISCUSSÃO	 21
6 CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS	31
Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	35
Apêndice 2 – Escala de Satisfação.....	36
Apêndice 3 - Questionário aplicado às puérperas	37
 NORMAS ADOTADAS	 42
FICHA DE AVALIAÇÃO	43

1 INTRODUÇÃO

O parto é um acontecimento singular e marcante na vida da mulher e seus familiares. Momento cercado de expectativas e emoções, que pode contribuir para a construção da mulher enquanto mãe e também no estabelecimento de vínculo entre ela e seu bebê. Em sociedade alguma é tratado somente sob o ponto de vista fisiológico, pois é um evento biossocial, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos.¹

Inicialmente restrito ao ambiente domiciliar e ao universo feminino, o parto passou, com o desenvolvimento da obstetrícia, ao ambiente hospitalar, o que trouxe importantíssimos avanços na assistência – como o uso seguro de antibióticos, anestésicos, derivados de sangue e da cesárea – e causou enorme impacto na segurança e sobrevivência de mães e bebês. Entretanto, dentro dessa instituição os riscos inerentes ao processo são substituídos pelo risco potencial de certos tratamentos e intervenções.² Intervenções estas que visam desencadear, aumentar, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto com o objetivo de torná-lo mais “normal” e melhorar a saúde de mãe e criança.

Esse modelo de atenção ao parto vive um paradoxo, uma vez que a pobreza das relações humanas na assistência, o sofrimento físico e emocional que causa e o uso irracional da tecnologia no parto parecem ser justamente os fatores que impedem a redução da morbimortalidade materna e perinatal.³

Já na década de 1970, há um crescente reconhecimento dessa situação pelo movimento de mulheres que enxergam sua maternidade sendo vivida em condições de opressão. As mulheres não sentiam seus desejos e necessidades individuais respeitados nos cuidados da gestação e parto e sentiam-se tratadas como “pélvis ambulantes”, “embalagens de feto”, que deveriam ser vigiadas e submetidas a diversas intervenções rotineiras, muitas das quais irracionais, arriscadas, violentas e de eficácia duvidosa.⁴ Passa a fazer parte de sua pauta de reivindicações a humanização da assistência ao parto, que pode ser vista como a legitimidade política da defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento, demandando principalmente um parto seguro, mas sem abdicar da assistência não-violenta, dando às usuárias inclusive o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações.^{2,5}

A humanização como valor aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e

simultaneamente esclarecendo e (re)construindo não apenas as necessidades de saúde mas aquilo mesmo que se entende ser a boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la.

Aspecto importante na construção do movimento pela humanização do parto foi o processo de revisão científica das práticas obstétricas que vêm evidenciando a efetividade e segurança de uma atenção ao parto com o mínimo de intervenção. A chamada medicina baseada em evidência pauta-se pelo uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências atuais para tomar decisões sobre o atendimento a pacientes individuais.² Segundo esse novo paradigma qualquer intervenção sobre a fisiologia só deve ser feita quando se prova mais segura e/ou efetiva que a não-intervenção.⁴ Assim, estimula-se o monitoramento do bem estar físico e emocional da mulher, oferta de fluidos durante o trabalho de parto e parto, técnicas não invasivas e não farmacológicas de alívio da dor, liberdade de posição no trabalho de parto e parto, encorajamento de posturas verticais para o parto, dentre outros.⁶

A implantação desse modelo enfrenta resistências como qualquer processo de mudança, pois, além de passar a exigir dos profissionais nova “caixa de ferramentas”^{*} – como ênfase nos aspectos sociais e emocionais da parturição – gera disputas de poder entre diferentes categorias profissionais.

Já a mola propulsora desse novo paradigma está em profissionais sensibilizados com a proposta e coletivos organizados de mulheres que compreendem a humanização da atenção ao parto como direito a ser cotidianamente conquistado. A maior parte das mulheres, no entanto, continuam alheias a esse processo, desconhecendo as reivindicações e conquistas já alcançadas.

Faz-se necessário ouvir essas mulheres para poder dar-lhes voz, para que seus desejos passem também a influenciar a construção deste modelo em que a gravidez e o parto deixam de ser considerados episódios médicos isolados e retomam seus lugares como eventos indissociáveis da experiência de vida da mulher.¹ Perguntar e considerar a opinião das mulheres com relação à maneira como elas gostariam de dar à luz é parte integral do processo de recuperar o papel de protagonista da mulher no evento do nascimento.⁷

Uma das maneiras encontradas para dar-lhes voz é a compreensão dos fatores implicados na satisfação da mulher com seu parto. A satisfação tem sido objeto de estudo em diversos países, objetivando avaliar a percepção da mulher com relação ao atendimento que recebe durante trabalho de parto e parto, novas práticas de assistência ou até mesmo sobre a instituição de novos procedimentos. Portanto, a preocupação com a garantia de uma

^{*} Tomo emprestado o termo cunhado por Emerson Mehry, sanitarista da UNICAMP, que o utiliza para referir-se ao acúmulo de saberes e tecnologias necessárias para “produzir cuidado”.⁸

experiência positiva com o parto, insere-se em uma nova-antiga lógica de pensar o nascimento, na qual o cuidado com mãe e bebê assume uma dimensão essencial da atenção ao parto.

Sabe-se que uma experiência negativa com o parto pode desencadear estresse pós-traumático na puérpera,⁹ dificultar a formação de vínculo entre esta e o recém-nascido,¹⁰ estimular a solicitação de cesareana em uma próxima gestação¹¹ e parece estar ainda associada a uma diminuição no número de gestações subsequentes.^{12, 13}

Sendo a satisfação um conceito multidimensional determinado por uma variedade de fatores que dependem de valores culturais, de expectativas e experiências prévias da mulher¹⁴ pode-se imaginar as dificuldades em aferi-lo.

Dentre as características sócio-demográficas e obstétricas, alguns fatores parecem contribuir para insatisfação com o parto: idade menor que 25 anos, baixa escolaridade materna e ausência de união estável.¹⁵ A paridade também parece ter influência sobre a percepção do parto, sendo que entre as primíparas se encontram taxas mais elevadas de satisfação.¹

Mais freqüentemente correlacionados de maneira positiva à satisfação com parto encontram-se suporte durante trabalho de parto,¹⁶⁻¹⁹ boa relação com equipe,^{1, 19, 20} sentir-se no controle e ter envolvimento na tomada de decisões,^{16, 21, 22} alcançar suas expectativas com relação ao parto,²² ausência de complicações e liberdade para movimentar-se durante o trabalho de parto.¹⁸ Sentir-se no controle pode assumir significados distintos, como ter controle sobre as intervenções que se sofre, e sobre o próprio comportamento, sendo que ambos parecem contribuir para satisfação e bem estar no parto.²¹

Dentre os fatores associados negativamente à satisfação com o parto foram ainda encontrados na literatura: má atenção da equipe,¹ complicações com o bebê,^{1, 15} dor referida como a “pior imaginável”,⁹ ausência de suporte durante trabalho de parto e pouco envolvimento na tomada de decisões.¹⁵

Este trabalho tem como objetivo avaliar se variáveis sócio-demográficas, obstétricas e da assistência influenciaram a forma como a mulher se sentiu durante o trabalho de parto e o parto. Os resultados poderão ajudar a reconhecer os fatores que levam as mulheres a não se sentirem bem nesse momento para um atendimento mais focado em suas necessidades, além de ajudar a modificar o uso de práticas consideradas não benéficas e implementar ou aumentar o uso de práticas sabidamente benéficas na assistência ao parto. Consideramos esta distinção fundamental para colocar a mulher parturiente como protagonista do parto, humanizando a assistência e aprimorando os serviços de saúde.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Testar os fatores relacionados à insatisfação com o trabalho de parto e parto de puérperas que tiveram trabalho de parto acompanhado nas três maternidades em estudo.

2.2 Objetivos específicos

- Testar a associação entre fatores demográficos e obstétricos (idade, instrução, trabalho, etnia, condição conjugal, local do parto, paridade, intercorrências com o recém nascido) e a insatisfação com o trabalho de parto e parto.
- Testar a associação entre assistência obstétrica (indução de parto com drogas, presença de acompanhante, banho relaxante, analgesia de parto, tempo de trabalho de parto, tipo de parto e contato com bebê após nascimento) e a insatisfação com o trabalho de parto e parto.
- Testar a associação entre sentimentos e expectativas (informação recebida, forma como foi cuidada, tipo de parto que queria, convergência entre parto que queria e teve, dor no trabalho de parto) e a insatisfação com o trabalho de parto e parto.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal e multicêntrico conduzido mediante análise de entrevistas e prontuários de puérperas que tiveram trabalho de parto e parto acompanhados em três hospitais escola de universidades federais da Região sul do Brasil no período de maio a agosto de 2006. Os resultados aqui apresentados tratam-se de recorte de pesquisa realizada pelo grupo Cuidando e Confortando da UFSC.

3.2 Hospitais participantes

Participaram do estudo os seguintes hospitais: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - Florianópolis (Santa Catarina), Hospital Universitário São Francisco de Paula – Pelotas (Rio Grande do Sul) e Hospital Universitário do Oeste do Paraná – Cascavel (Paraná).

A Maternidade do Hospital Universitário (HU) de Florianópolis foi concebida com a proposta de um conjunto de princípios chamados de *Filosofia da Humanização*. Essa pretende uma atenção ao parto com o mínimo de intervenção, presença de acompanhante, utilização de técnicas não-farmacológicas para alívio da dor, incentivo ao aleitamento materno, liberdade de posição durante trabalho de parto e parto. Já a Maternidade do Hospital Universitário de Pelotas e a Maternidade do Hospital Universitário de Cascavel têm como perfil assistencial o manejo ativo do trabalho de parto. Em Florianópolis e Pelotas as mulheres contam com a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, prática que não ocorre em Cascavel. Banho relaxante, utilização de bola suíça para alívio da dor e deambulação são estimuladas na Maternidade do HU de Florianópolis, não estando presentes nas demais maternidades. Nesta maternidade a quase totalidade das mulheres que dão à luz por via vaginal opta pelo parto de cócoras, opção inexistente em Pelotas ou Cascavel. Já a indução de trabalho de parto alcança índices semelhantes nos três hospitais.

Faz-se importante ressaltar ainda que, durante o período de estudo, ocorreu uma paralisação em hospitais da rede de saúde de Cascavel, o que sobrecarregou o atendimento da maternidade em estudo naquele município resultando em um número de atendimentos muito superior ao esperado.

3.3 Amostra

3.3.1 Tamanho amostral

Não foi calculado um tamanho amostral. Procurou-se incluir todas as puérperas que preencheram os critérios de inclusão dos sujeitos, internadas durante o período de estudo nos hospitais participantes. As exclusões realizadas pretenderam selecionar um grupo de mulheres de baixo risco gestacional.

3.3.2 Critérios de inclusão

- puérperas com trabalho de parto e parto acompanhados nos hospitais participantes do estudo,
- desejo de participar do mesmo e
- assinatura do consentimento informado (Apêndice 1).

3.3.3 Critérios de exclusão

- Indicação de cesárea prévia ao trabalho de parto;
- Patologias maternas graves;
- Óbito fetal;
- Malformação fetal;
- Gestação gemelar;
- Parto prematuro.

3.4 Variáveis selecionadas

As variáveis dependentes foram:

- Como se sentiu com o parto = sentimento da puérpera em relação ao seu parto, medida através de questionamento direto à mulher, com uso de régua do tipo escala analógica com “rostinhos” (Apêndice 2) contendo as seguintes possibilidades de resposta: muito mal, mal, mais ou menos, bem e muito bem.

- Como se sentiu com o trabalho de parto = sentimento da puérpera em relação ao seu trabalho de parto, medida através de questionamento direto à mulher, com uso de régua do tipo escala analógico com “rostinhos” (Apêndice 2) contendo as mesmas possibilidades de resposta supracitadas.

Com o intuito de alcançar a melhor maneira de possibilitar à mulher uma avaliação fidedigna de seu trabalho de parto e parto, realizou-se pré-teste fazendo a pergunta de duas maneiras: 1) como havia se sentido e 2) qual era sua satisfação. Percebeu-se diferença entre as respostas, sendo as avaliações mais positivas quando a questão relacionava-se à satisfação. Compreendeu-se que esta variável remetia as entrevistadas mais diretamente aos sentimentos positivos ligados à experiência com o parto enquanto a questão “como se sentiu” possibilitou uma melhor compreensão e reflexão sobre suas sensações com o trabalho de parto e parto. Porém, entendendo a dificuldade de separar variáveis como sentimento, experiência e satisfação, essas serão utilizadas sem distinção para a discussão dos dados encontrados na literatura.

Segundo Ware & Hays²³ tal gradação “muito mal a muito bem” facilita a expressão de níveis de satisfação mais baixos, maior variabilidade nas respostas e maior associação com medidas de intenção de comportamento dos pacientes. Para uma melhor aferição dos possíveis motivos que levam as pacientes a sentirem-se mal com seu trabalho de parto e parto optou-se pelo agrupamento das respostas muito mal e mal na categoria “sentiram-se mal” e muito bem, bem e mais ou menos na categoria “sentiram-se mais ou menos/bem”. Acredita-se que este agrupamento permite identificar com maior clareza aquele pequeno grupo de mulheres que realmente identificou problemas no desenrolar de seu trabalho de parto e parto e por isso fez uma avaliação negativa dos mesmos.

As variáveis independentes a serem estudadas foram definidas mediante revisão sobre o tema na literatura médica,⁹ sendo posteriormente agrupadas em três categorias:

3.4.1 Demográficas e obstétricas

- idade: foi categorizada em três grupos - menores de 18 anos, entre 18 e 34 anos e maiores de 34 anos;
- grau de instrução: o número de anos estudado foi categorizado em 0 a 8 anos de estudo e 9 anos ou mais anos de estudo;
- exercício de trabalho remunerado: sim ou não;
- etnia: branca, negra/mulata, indígena;

- condição conjugal: presença de companheiro ou não;
- paridade: primípara ou múltipara;
- local do parto: Florianópolis, Pelotas ou Cascavel;
- intercorrências com recém nascido: sim ou não.

3.4.2 Assistência obstétrica

- indução de trabalho de parto: sim ou não;
- presença de acompanhante: sim ou não;
- banho relaxante durante trabalho de parto: sim ou não;
- tempo de trabalho de parto e parto: através da identificação do período do dia (manhã, tarde, noite, madrugada) em que se deu a internação e o período do dia em que ocorreu o parto, procedeu-se à estimativa do número de períodos de trabalho de parto. A categorização foi feita em termos de horas, considerando-se que cada período constituía-se de 6 horas, em: menos do que 6 horas, entre 6 e 12 horas, entre 12 e 24 horas e mais do que 24 horas;
- analgesia de trabalho de parto: sim ou não;
- tipo de parto: as possibilidades de resposta eram vaginal horizontal, vaginal vertical, fórceps e cesárea. Os três primeiros foram agrupados em parto vaginal e cesárea ficou isolada;
- contato com bebê após o nascimento: as possibilidades de resposta eram: 1) só vi, 2) vi e toquei, 3) não vi nem toquei o bebê. As duas primeiras respostas foram agrupadas na categoria “sim” e a terceira na categoria “não”.

3.4.3 Sentimentos e expectativas

- informação recebida: sentimento da puérpera com relação às informações recebidas durante trabalho de parto e parto. As possibilidades de resposta eram “muito mal”, “mal”, “mais ou menos”, “bem” e “muito bem informada”. Da mesma forma que os sentimentos com relação ao trabalho de parto e parto as resposta muito mal e mal foram agrupadas em mal e as demais em mais ou menos/bem;
- forma como foi cuidada: sentimento da puérpera com relação à maneira como foi cuidada durante trabalho de parto e parto. As possibilidades de resposta eram

“muito mal”, “mal”, “mais ou menos”, “bem” e “muito bem cuidada”. Igualmente à variável anterior, as respostas muito mal e mal foram agrupadas em mal e as demais em mais ou menos/bem;

- preferência de tipo de parto: as mulheres foram questionadas quanto ao tipo de parto que queriam antes de ter o bebê. As possibilidades de resposta eram: vaginal horizontal, vaginal vertical e cesárea;
- parto teve/parto queria: aqui confrontou-se o tipo de parto que a mulher desejava antes do trabalho de parto com o parto que ela teve, objetivando avaliar se sua expectativa com relação ao tipo de parto havia sido suprida ou não. As categorias são: “sim” quando tipo de parto que teve foi igual ao parto que queria e “não” quando tipo de parto que teve foi diferente do tipo de parto que queria;
- dor no trabalho de parto: as possibilidades de resposta eram: 1) doeu mais do que esperava, 2) doeu menos do que esperava e 3) doeu como esperava. Segundo Waldstrom ⁹ a dor influencia a experiência do parto quando “pior imaginável”, por isso determinou-se duas categorias: dor menor ou igual a esperada e dor maior que a esperada.

3.5 Fonte de dados / informação

Utilizou-se questionário (Apêndice 3) contendo questões fechadas relacionadas às características sócio-demográficas, antecedentes obstétricos e da gestação atual, procedimentos realizados durante a internação, percepção da mulher com relação à dor, à maneira como foi cuidada e às informações recebidas e como sentiram-se no trabalho de parto e parto. As entrevistas foram realizadas por estudantes de enfermagem e medicina das respectivas universidades participantes do estudo, nas enfermarias de alojamento conjunto até 48h após o parto. As entrevistadoras receberam treinamento no período de pré-teste do estudo, realizado em amostra semelhante à estudada.

Realizou-se ainda consulta aos prontuários médicos em busca de informações sobre intervenções realizadas, tipo de parto, intercorrências com mãe ou bebê.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob protocolo número 186/07.

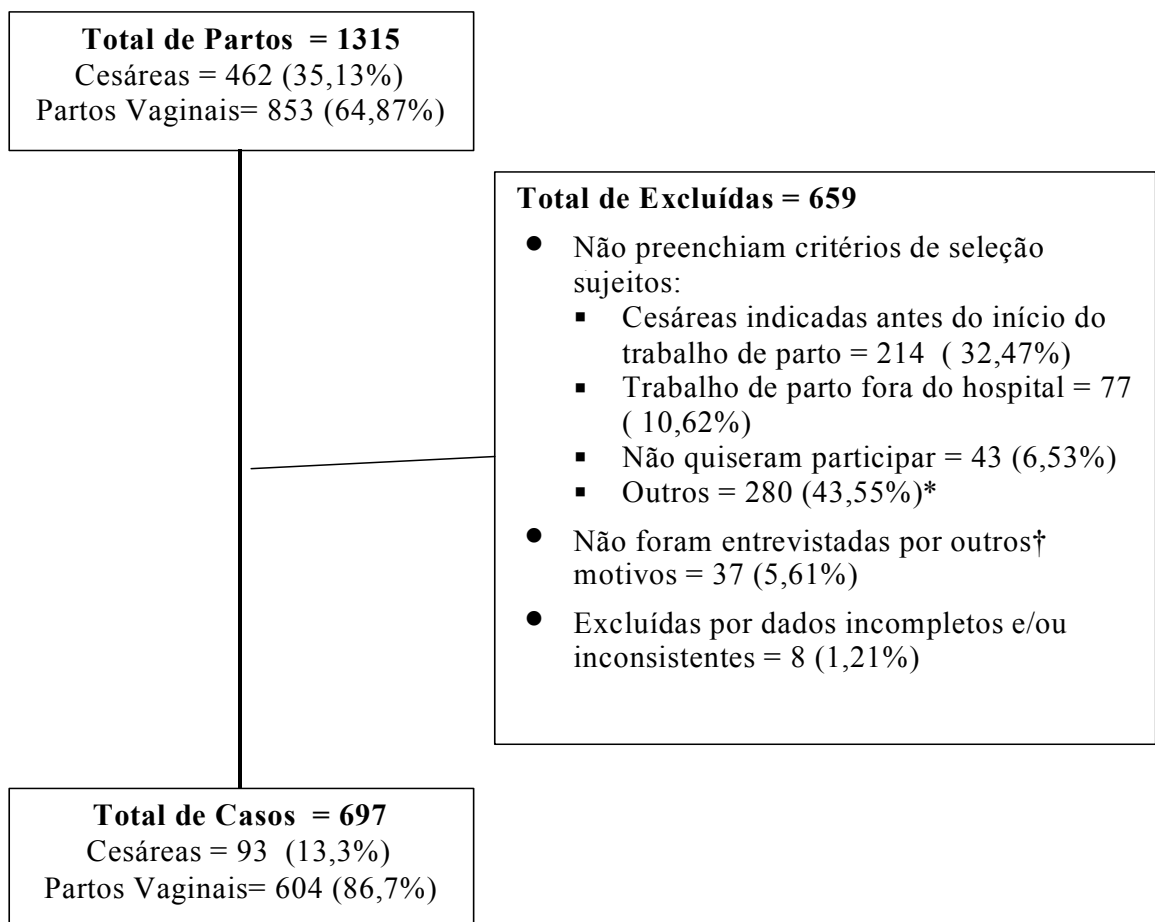
3.6 Análise dos dados

As informações extraídas dos questionários foram inseridas no programa Epidata 3.0 e um banco de dados com as variáveis de interesse foi construído. A análise dos dados foi feita com o programa Stata 9. Realizou-se primeiramente análise univariada entre cada uma das variáveis independentes e as duas variáveis dependentes, calculando-se o “Odds Ratio”. Aquelas que obtiveram $p < 0,25$ foram selecionadas para a análise multivariada, realizando-se a regressão logística não-condicional. Permaneceram no modelo final as variáveis com $p < 0,05$. Para testar a adequação do modelo utilizou-se o teste de Hosmer-Lemeshow.

4 RESULTADOS

4.1 Amostra

Dos 1315 partos ocorridos nos hospitais no período do estudo, 659 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão dos sujeitos. O total de casos foi 697 (Figura 1).



* Patologia materna (152), Gestação gemelar (15), Prematuridade (92), Óbito fetal (11) Malformação fetal (6), Dificuldade de comunicação com a mãe (4).

† Tiveram alta antes de serem entrevistadas ou não foram localizadas para a entrevista.

Figura 1 - Descrição do número de casos utilizados no estudo a partir da amostra e exclusões realizadas.

4.2 Características sócio-demográficas e obstétricas

A idade média das mulheres entrevistadas foi de 24 anos com desvio padrão de 6,21. Menos de 20% delas se encontravam fora da faixa dos 18 aos 34 anos. Aproximadamente metade da amostra constituía-se de puérperas com escolaridade de até primeiro grau, enquanto a outra metade possuía instrução de segundo grau até universitário. Somente 1/3 das mulheres exerciam algum tipo de atividade remunerada. Com relação à etnia, aproximadamente 1/5 eram mulheres negras ou indígenas. Cerca de 15% não apresentavam união estável (Tabela 1).

TABELA 1 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo características sócio-demográficas

<i>Sócio-demográficas</i>	n	%
<i>Idade</i>		
≤17	88	12,66
18-34	558	80,29
≥35	49	7,05
<i>Instrução</i>		
nenhuma	9	1,29
primeiro grau	307	44,05
segundo grau	314	45,05
universitário	67	9,61
<i>Trabalho remunerado</i>		
sim	262	37,59
<i>Etnia</i>		
branca	540	78,03
negra/mulata	150	21,68
indígena	2	0,29
<i>União estável</i>		
Sim	609	87,37

Metade da amostra constituiu-se de primíparas. A grande maioria realizou 6 consultas de pré-natal ou mais, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Poucas tiveram a oportunidade de participar de curso de gestantes. Quanto ao local do parto, Cascavel contribuiu com aproximadamente metade das mulheres da amostra (Tabela 2).

TABELA 2 - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo características obstétricas e da gestação atual

<i>Obstétricas e Gestação atual</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Gestações anteriores</i>		
primíparas	348	50,00
<i>Nº consultas pré-natais</i>		
≥6	566	82,27
<i>Participação curso gestante</i>		
Sim	54	7,78
<i>Local do parto</i>		
HU UFSC	221	31,66
HU Pelotas	109	15,62
HU Cascavel	368	52,72

4.3 Satisfação com trabalho de parto

Mais de metade das mulheres considerou ter se sentido mal com seu trabalho de parto (figura 2).

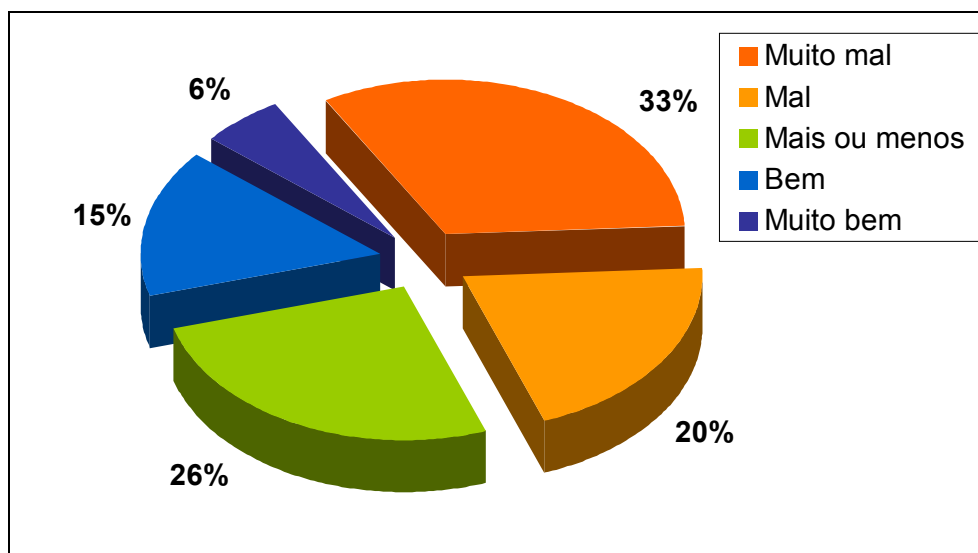


Figura 2 – Avaliação das mulheres entrevistadas sobre como se sentiram durante seu trabalho de parto.

Dentre as características sócio-demográficas analisadas, somente grau de instrução demonstrou associação estatisticamente significativa ($p=0,04$) com o sentimento das mulheres com seu trabalho de parto, sendo que as mulheres com maior escolaridade foram aquelas que

em maior proporção referiram terem se sentido mal. Idade, trabalho remunerado, etnia e união estável não afetaram o grau de satisfação com trabalho de parto das mulheres entrevistadas. Dentre as características obstétricas avaliadas, a paridade demonstrou efeito estatisticamente significativo ($< 0,01$) sobre a percepção das puérperas. As primíparas referiram em maior proporção que as multíparas que se sentiram mal durante o trabalho de parto, sendo que 60% das primíparas referiram terem se sentido mal nesse momento. A presença de intercorrências com o recém-nascido também aumentou as chances de insatisfação, no entanto este resultado não foi estatisticamente significativo (Tabela 3).

TABELA 3 - Análise univariada da associação entre características demográficas/obstétricas e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Trabalho de Parto

<i>Demográficas e Obstétricas</i>	<i>Como se sentiu no trabalho de parto</i>		<i>Total</i>	<i>OR (IC_{95%})</i>	<i>p-valor</i>
	Bem – mais ou menos	Mal			
<i>Idade</i>					
18 a 34 anos	261 (46,8%)	297 (53,2%)	558	1,00	
35 ou mais	24 (49,0%)	25 (51,0%)	49	0,92 (0,51-1,64)	0,77
Menor que 18	44 (50,0%)	44 (50,0%)	88	0,88 (0,56-1,38)	0,57
<i>Instrução</i>					
0 a 8 anos de estudo	163 (51,6%)	153 (48,4%)	316	1,00	
9 ou mais anos de estudo	167 (43,8%)	214 (56,2%)	381	1,37 (1,02-1,84)	0,04
<i>Trabalho remunerado</i>					
Sim	124 (47,3%)	138 (52,7%)	262	1,00	
Não	206 (47,4%)	229 (52,6%)	435	1,00 (0,73-1,36)	0,99
<i>Etnia</i>					
Branca	259 (48,0%)	281 (52,0%)	540	1,00	
Negra e indígena	67 (44,1%)	85 (55,9%)	152	1,17 (0,81-1,68)	0,4
<i>União estável</i>					
Sim	295 (48,4%)	314 (51,6%)	609	1,00	
Não	35 (39,8%)	53 (60,2%)	88	1,42 (0,90-2,24)	0,13
<i>Paridade</i>					
Múltipara	185 (53,5%)	161 (46,5%)	346	1,00	
Primípara	145 (41,3%)	206 (58,7%)	351	1,63 (1,21-2,20)	<0,01
<i>Local do parto</i>					
Florianópolis	110 (50,0%)	110 (50,0%)	220	1,00	
Pelotas	58 (53,2%)	51 (46,8%)	109	0,88 (0,56-1,39)	0,58
Cascavel	162 (44,0%)	206 (56,0%)	368	1,27 (0,91-1,78)	0,16
<i>Intercorrências com o bebê</i>					
Não	304 (48,4%)	324 (51,6%)	628	1,00	
Sim	26 (37,7%)	43 (62,3%)	69	1,55 (0,93-2,59)	0,09

Com relação à assistência obstétrica dois fatores demonstraram interferir de maneira estatisticamente significativa na satisfação com parto. As mulheres que receberam ocitócitos ou misoprostol para indução de trabalho de parto e aquelas que não tiveram contato com seu bebê logo após o nascimento tiveram chances 1,73 e 1,71 maiores de sentirem-se mal. As mulheres que não contaram com a presença de acompanhante estiveram mais sujeitas à expressão de sentimentos negativos, 54% ficaram insatisfeitas, no entanto essa diferença não foi estatisticamente significativa. A proporção de mulheres insatisfeitas foi menor no grupo cujo tempo de trabalho de parto foi inferior a seis horas, mas esse valor não é estatisticamente distinto em relação aos observados nos outros grupos. Tipo de parto e analgesia não exerceram influência sobre a satisfação com trabalho de parto (Tabela 4).

TABELA 4 - Análise univariada da associação entre características da assistência obstétrica e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Trabalho de Parto

<i>Assistência obstétrica</i>	<i>Como se sentiu no trabalho de parto</i>		<i>Total</i>	<i>OR (IC_{95%})</i>	<i>p-valor</i>
	Bem – mais ou menos	Mal			
<i>Indução</i>					
Não	136 (52,7%)	122 (47,3%)	258	1,00	
Sim	193 (44,5%)	241 (55,5%)	434	1,73 (1,13-2,65)	0,01
<i>Acompanhante</i>					
Não	174 (45,4%)	209 (54,6%)	383	1,00	
Sim	156 (49,7%)	158 (50,3%)	314	0,84 (0,63-1,14)	0,26
<i>Banho relaxante</i>					
Não	248 (48,6%)	262 (51,4%)	510	1,00	
Sim	82 (43,9%)	105 (56,1%)	187	1,21 (0,87-1,70)	0,26
<i>Tempo de trabalho de parto</i>					
Menor de 6 horas	84 (51,5%)	79 (48,5%)	163	1,00	
Entre 6 e 12 horas	124 (46,6%)	142 (53,4%)	266	1,22 (0,82-1,80)	0,32
Entre 12 e 24 horas	67 (43,5%)	87 (56,5%)	154	1,38 (0,89-2,15)	0,15
Mais de 24 horas	39 (44,3%)	49 (55,7%)	88	1,34 (0,79-2,25)	0,28
<i>Analgesia</i>					
Não	274 (47,3%)	305 (52,7%)	579	1,00	
Sim	53 (47,3%)	59 (52,7%)	112	0,95 (0,73-1,23)	0,68
<i>Tipo de parto</i>					
Cesárea	46 (49,5%)	47 (50,5%)	93	1,00	
Normal	284 (47,0%)	320 (53,0%)	604	1,10 (0,71-1,71)	0,66
<i>Contato com o bebê</i>					
Sim	295 (49,2%)	305 (50,8%)	600	1,00	
Não	35 (36,1%)	62 (63,9%)	97	1,71 (1,1-2,67)	0,02

Ter a expectativa de tipo de parto suprida não influenciou a avaliação do trabalho de parto. Considerar ter sido mal informada durante trabalho de parto e parto também não acarretou diferenças na avaliação do parto. Já a percepção quanto à maneira como foi cuidada parece interferir na satisfação com trabalho de parto, sendo que as mulheres que referiram terem sido mal cuidadas estiveram mais propensas a referir sentirem-se mal com o mesmo, OR=1,67. Dor no trabalho de parto maior que a esperada também esteve associada à insatisfação com o parto, OR=2,15 (Tabela 5).

TABELA 5 - Análise univariada da associação entre sentimentos/expectativas prévias e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Trabalho de Parto

<i>Sentimentos e expectativas</i>	<i>Como se sentiu no trabalho de parto</i>		<i>Total</i>	<i>OR (IC_{95%})</i>	<i>p-valor</i>
	Bem – mais ou menos	Mal			
<i>Sentiu-se informada</i>					
Bem/mais ou menos	279 (48,2%)	300 (51,8%)	579	1,00	
Mal	51 (43,2%)	67 (56,8%)	118	1,22 (0,82-1,82)	0,32
<i>Forma como foi cuidada</i>					
Bem/mais ou menos	301 (48,8%)	316 (51,2%)	617	1,00	
Mal	29 (36,3%)	51 (63,8%)	80	1,67 (1,03-2,71)	0,04
<i>Parto que teve/parto que queria</i>					
Igual	232 (47,0%)	262 (53,0%)	494	1,00	
Diferente	85 (48,9%)	89 (51,1%)	174	0,93 (0,66-1,31)	0,67
<i>Dor no trabalho de parto</i>					
Igual ou menor que a esperada	146 (59,3%)	100 (40,7%)	246	1,00	
Pior que a esperada	181 (40,4%)	267 (59,6%)	448	2,15 (1,57-2,96)	<0,01

As variáveis selecionadas para a análise multivariada, mas que perderam significância foram: ter nove anos ou mais de estudo, não ter união estável, ocorrência de intercorrência com bebê, ter parto induzido, tempo de trabalho de parto, referir ter sido mal cuidada.

Permaneceram no modelo final: ter dor maior que a esperada (OR=2.04), ser primípara (OR=1.52) e não ter contato com bebê logo após o nascimento (OR=1.83) (Tabela 6).

TABELA 6 - Análise multivariada contendo as variáveis que influenciaram negativamente a avaliação das mulheres com relação a seu trabalho de parto

<i>Variáveis</i>	<i>OR (IC_{95%})</i>	<i>p-valor</i>
Dor pior que a esperada	2.04 (1.48-2.82)	0.000
Primípara	1.52 (1.11-2.07)	0.008
Não ter contato com bebê	1.83 (1.16-2.89)	0.009

O teste de Hosmer-Lemeshow ($p = 0,778$) mostrou a adequação do modelo final.

4.4 Satisfação com parto

Menos de 20% das mulheres referiram terem se sentido mal com seu parto (Figura 3). Dentre os fatores sócio-demográficos e obstétricos, ser múltipara e ocorrer alguma intercorrência com o bebê foram fatores que elevaram a chance de sentirem-se mal com o parto ($OR = 1,57$ e $OR = 2,0$, respectivamente). Idade, instrução, trabalho remunerado, etnia, união estável e local do parto não influenciaram a variável em questão (Tabela 7).

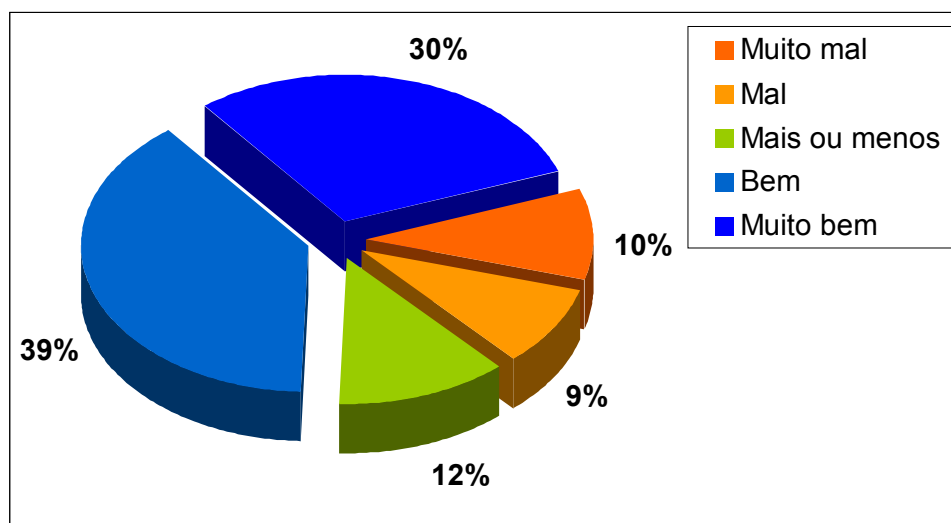


Figura 3 - Avaliação das mulheres entrevistadas sobre como se sentiram durante seu parto

TABELA 7 - Análise univariada da associação entre características demográficas e obstétricas e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Parto

<i>Demográficas e Obstétricas</i>	<i>Como se sentiu no parto</i>		<i>Total</i>	<i>OR (IC_{95%})</i>	<i>p-valor</i>
	Bem – mais ou menos	Mal			
<i>Idade</i>					
18 a 34 anos	449 (80,8%)	107 (19,2%)	556	1,00	
35 ou mais	37 (75,5%)	12 (24,5%)	49	1,36 (0,69-2,70)	0,38
Menor que 18	74 (84,1%)	14 (15,9%)	88	0,79 (0,43-1,46)	0,46
<i>Instrução</i>					
0 a 8 anos de estudo	251 (79,4%)	65 (20,6%)	316	1,00	
9 ou mais anos de estudo	311 (82,1%)	68 (17,9%)	379	0,84 (0,58-1,23)	0,38
<i>Trabalho remunerado</i>					
Sim	211 (81,2%)	49 (18,8%)	260	1,00	
Não	351 (80,7%)	84 (19,3%)	435	1,03 (0,70-1,52)	0,88
<i>Etnia</i>					
Branca	437 (81,1%)	102 (18,9%)	539	1,00	
Negra e indígena	120 (79,5%)	31 (20,5%)	151	1,11 (0,71-1,74)	0,66
<i>União estável</i>					
Sim	496 (81,6%)	112 (18,4%)	608	1,00	
Não	66 (75,9%)	21 (24,1%)	87	1,41 (0,83-2,40)	0,21
<i>Paridade</i>					
Primípara	295 (84,3%)	55 (15,7%)	350	1,00	
Múltipara	267 (77,4%)	78 (22,8%)	345	1,57 (1,07-2,30)	0,02
<i>Local do parto</i>					
Florianópolis	172 (78,5%)	47 (21,5%)	219	1,00	
Pelotas	90 (82,6%)	19 (17,4%)	109	0,77 (0,43-1,39)	0,39
Cascavel	300 (81,7%)	67 (18,3%)	367	0,82 (0,54-1,24)	0,34
<i>Intercorrências com o bebê</i>					
Não	514 (82,1%)	112 (17,9%)	626	1,00	
Sim	48 (69,6%)	21 (30,4%)	69	2,00 (1,15-3,49)	0,01

Dentre os fatores relacionados à assistência obstétrica, o tipo de parto teve influência marcante sobre a satisfação com o mesmo. As mulheres que tiveram parto vaginal tiveram aproximadamente 4 vezes mais chance de se sentirem mal com o parto (OR=3,82). Mesmo quando excluídos os partos vaginais operatórios persiste esta diferença (OR=3,77). O não contato com o bebê logo após o parto também demonstrou influenciar negativamente a percepção sobre o parto, sendo que as mulheres às quais o contato não foi propiciado apresentaram 1,82 vez mais chance de sentirem-se mal. A realização de indução, presença de acompanhante, utilização de banho relaxante, tempo de trabalho de parto e analgesia não demonstraram diferença significativa na maneira como as mulheres sentiram-se no parto (Tabela 8).

TABELA 8 - Análise univariada da associação entre características da assistência obstétrica e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Parto

<i>Assistência obstétrica</i>	<i>Como se sentiu no parto</i>		<i>Total</i>	<i>OR (IC_{95%})</i>	<i>p-valor</i>
	Bem – mais ou menos	Mal			
<i>Indução</i>					
Sim	346 (80,1%)	86 (19,9%)	432	1,00	
Não	213 (82,6%)	45 (17,4%)	258	1,18 (0,79-1,75)	0,42
<i>Acompanhante</i>					
Não	307 (80,4%)	75 (19,6%)	313	1,00	
Sim	255 (81,5%)	58 (18,5%)	382	0,93 (0,64-1,36)	0,71
<i>Banho relaxante</i>					
Não	417 (81,9%)	92 (18,1%)	509	1,00	
Sim	145 (78,0%)	41 (22,0%)	186	1,28 (0,85-1,94)	0,24
<i>Tempo de trabalho de parto</i>					
Menor de 6 horas	138 (85,2%)	24 (14,8%)	162	1,00	
Entre 6 e 12 horas	209 (78,6%)	57 (21,4%)	266	1,57 (0,93-2,65)	0,09
Entre 12 e 24 horas	124 (80,5%)	30 (19,5%)	154	1,39 (0,77-2,51)	0,27
Mais de 24 horas	70 (80,5%)	17 (19,5%)	87	1,40 (0,70-2,77)	0,34
<i>Analgesia</i>					
Não	460 (79,6%)	118 (20,4%)	578	1,00	
Sim	96 (86,5%)	15 (13,5%)	111	0,67 (0,41-1,08)	0,10
<i>Tipo de parto</i>					
Cesárea	86 (93,5%)	6 (6,5%)	92	1,00	
Normal	476 (78,9%)	127 (21,1%)	603	3,82 (1,63-8,95)	<0,01
<i>Contato com o bebê</i>					
Sim	493 (82,3%)	106 (17,7%)	599	1,00	
Não	69 (71,9%)	27 (28,1%)	96	1,82 (1,11-2,98)	0,02

Com relação às expectativas e sentimentos durante trabalho de parto e parto, ter dor maior que a esperada aumentou as chances de insatisfação com o parto em 2,15 vezes. Informação recebida, forma como foi cuidada e expectativa suprida com relação ao tipo de parto que queria não exerceram influência significativa sobre a maneira como as mulheres sentiram-se com seu parto (Tabela 9).

TABELA 9 - Análise univariada da associação entre sentimentos/expectativas prévias e a maneira como as mulheres sentiram-se com seu Parto

<i>Sentimentos e expectativas</i>	<i>Como se sentiu no parto</i>		<i>Total</i>	<i>OR (IC_{95%})</i>	<i>p-valor</i>
	Bem – mais ou menos	Mal			
<i>Sentiu-se informada</i>					
Bem/mais ou menos	474 (82,1%)	103 (17,9%)	577	1,00	
Mal	88 (74,6%)	30 (25,4%)	118	1,57 (0,98-2,50)	0,06
<i>Forma como foi cuidada</i>					
Bem/mais ou menos	501 (81,5%)	114 (18,5%)	615	1,00	
Mal	61 (76,3,%)	19 (23,8%)	80	1,37 (0,79-2,38)	0,27
<i>Parto que teve/parto que queria</i>					
Igual	392 (79,4%)	102 (20,6%)	494	1,00	
Diferente	146 (84,9%)	26 (15,1%)	172	0,68 (0,43-1,10)	0,11
<i>Dor no trabalho de parto</i>					
Igual ou menor que a esperada	210 (86,1%)	34 (13,9%)	244	1,00	
Pior que a esperada	350 (78,1%)	98 (21,9%)	448	1,73 (1,13-2,65)	0,01

Foram adicionadas à análise multivariada mas perderam significância estatística: expectativa de parto, informação, analgesia, tempo de trabalho de parto, banho relaxante e condição conjugal. Permaneceram no modelo final por interferirem negativamente na experiência com o parto de maneira estatisticamente significativa: parto por via vaginal (OR=4,48), intercorrência com bebê (OR=1,96), referir dor no trabalho de parto pior do que a imaginada (OR=1,86), não ter contato com bebê logo após o nascimento (OR=1,75) e ser múltipara (OR=1,60) (Tabela 10).

TABELA 10 - Análise multivariada contendo as variáveis que influenciaram negativamente a avaliação das mulheres com seu Parto

<i>Variáveis</i>	<i>OR (IC_{95%})</i>	<i>p-valor</i>
Parto vaginal	4,48 (1,75-11,49)	0,002
Intercorrências com bebê	1,96 (1,09- 3,53)	0,024
Dor pior que a esperada	1,86 (1,17- 2,93)	0,008
Não ter contato com bebê	1,75 (1,03- 2,97)	0,038
Múltipara	1,60 (1,05- 2,43)	0,026

O teste de Hosmer-Lemeshow (p=0,978) mostrou a adequação do modelo final.

5 DISCUSSÃO

O período ideal de tempo pós-parto para avaliar a percepção das mulheres com relação ao seu parto, é amplamente discutido na literatura, variando de semanas a meses.²⁴⁻²⁷ Parece haver consenso que medidas de satisfação logo após o parto possam estar coloridas pelo alívio do fim do trabalho de parto e alegria do nascimento de um filho. Assume-se assim que aspectos negativos demorariam mais tempo para ser internalizados.²⁷ Assim, nesse estudo o pequeno espaço de tempo entre o parto e a entrevista pode constituir-se como uma limitação do mesmo. No entanto, também se reconhece que mulheres em risco de desenvolver uma memória negativa da experiência com o parto, podem ser identificadas precocemente após o parto.²⁴

De maneira semelhante aos resultados encontrados neste estudo, os índices de satisfação com o parto costumam ser elevados, variando de 84% em estudo realizado em maternidade do Rio de Janeiro¹ a 93% em estudo realizado na Suécia.⁹ Desse modo, países com inequívocas diferenças sócio-culturais e econômicas parecem compartilhar índices relativamente elevados de satisfação com o evento do nascimento.

No entanto, deve-se atentar para que não seja imediata a correlação entre altos níveis de satisfação da mulher com a excelência da atenção recebida. Primeiramente porque a mulher que atravessa trabalho de parto e parto em bom estado de saúde, e com bebê igualmente saudável, dificilmente referirá insatisfação. Confirma essa informação o fato de que, neste estudo, mulheres cujos bebês apresentaram alguma intercorrência apresentaram maior insatisfação tanto com trabalho de parto quanto com o parto.

Em segundo lugar, pode ocorrer o que Teijlingen *et al.*¹⁴ chama de “*gratitude bias*”, ou seja, a mulher se sentiria relutante em expressar sentimentos críticos com relação aos cuidados recebidos, principalmente quando entrevistada ainda no serviço de saúde. Além disso, pode-se argumentar que em decorrência das limitadas possibilidades de escolha, e portanto, baixas expectativas, as mulheres teriam dificuldade em expressar preferência por algo diferente do que lhes foi oferecido, ou seja, como podem expressar insatisfação com o atendimento atual se ela não conhece alternativas a essa opção?

Este último aspecto pode ser exemplificado pelo fato de que alguns fatores como sentir-se no controle, envolver-se na tomada de decisões e não acreditar necessárias algumas intervenções, serem mais citados em estudos realizados em países desenvolvidos^{15,28-30} enquanto variáveis relacionadas ao ambiente hospitalar e respeito às crenças e não-abuso

contra as mulheres são mais abordadas em países do terceiro mundo.^{25, 31} No Brasil, por exemplo, rápida admissão, garantia de acesso a vaga hospitalar e ser bem tratada constituem-se expectativas importantes com relação ao parto.³²

Com o intuito de minimizar os efeitos do alívio e alegria no pós-parto imediato sobre a avaliação do parto, neste estudo buscou-se avaliar também como a mulher se sentiu durante o trabalho de parto. Dessa forma pretendeu-se avaliar possíveis fatores relacionados à atenção ao parto, que estivessem associados com a satisfação ou insatisfação com o mesmo. Pôde-se identificar assim, índice relativamente menor de satisfação quando comparado ao questionamento geral de satisfação com o parto.

Mulheres com maior escolaridade foram as que referiram maior grau de descontentamento com o trabalho de parto. Possivelmente por se encontrarem em nível sócio-econômico mais elevado, terem maior acesso à informação e conseqüentemente maiores expectativas com relação aos cuidados e atenção recebidas. Contrariamente, estudo de Waldström *et al.*⁹ demonstrou ser a baixa escolaridade um fator de risco para insatisfação com o parto, o que pode evidenciar por outro lado uma desigualdade no tratamento dispensado a mulheres de nível sócio-econômico mais baixo.

Ser primípara também afetou negativamente os sentimentos da mulher durante o trabalho de parto. Bezerra *et al.*,³³ ao estudar fatores que interferem na experiência do parto em maternidade no Ceará, identificaram através de entrevistas a importância que assume uma vivência prévia de parto. Ante a sua experiência, a mulher é o único ser que pode atribuir significado à sua vivência. Isso acontece quando ela valoriza as experiências, lembrando o processo parturitivo, compreendendo que uma experiência de parto não pode ser igual à outra, mas que auxiliarão no entendimento das vivências futuras.

Em contrapartida, quando questionadas sobre os sentimentos com o parto, ou seja, mais especificamente com o nascimento do bebê, são as primíparas que em maior proporção referem terem se sentido bem. Assim, o fato de saber como se desenrola um trabalho de parto, conhecer seu percurso, seus limites, parece proteger as multíparas de sentimentos negativos, enquanto a novidade da experiência com o parto protege as primíparas destes sentimentos. Também é possível que as multíparas solicitem menos atenção e por isso sejam relegadas a segundo plano, quando comparadas às primíparas, que, ao receberem mais atenção e cuidado, sentem-se mais satisfeitas.

Apesar de terem sido as primíparas as que referiram dor pior do que a esperada em proporção maior que as multíparas, dor e paridade estiveram independentemente associadas a sentimentos negativos com o parto na análise multivariada, sugerindo que além do aspecto da

dor, outros fatores relacionados ao número de gestações anteriores possam estar implicados em uma avaliação mais negativa por parte das primíparas.

Referir dor maior do que a esperada contribuiu para que as mulheres se sentissem mal durante o trabalho de parto e parto, tal qual descrito na literatura (dor referida como a “pior imaginável”⁹). Sabe-se que a experiência da dor do parto é um fenômeno extremamente variável entre as mulheres e dependente de aspectos sociais e culturais. Tratada como algo natural antigamente, hoje se submeter à dor do trabalho de parto passa a ser encarado por muitos como algo incompatível com a modernidade. O modelo tecnocrático[†] de atenção ao parto parece contribuir para o aumento dessa sensação dolorosa ao separar a mulher de seu ambiente familiar, restringir seus movimentos e necessidades e submetê-la a procedimentos dolorosos tal qual a indução de trabalho de parto, colaborando para a conhecida cascata de “medo-tensão-dor”. Tal fenômeno é descrito em artigo de Saisto *et al.*³⁴ no qual estes autores relatam a associação entre o medo do parto e redução da tolerância à dor.

No entanto, revisão sistemática de 137 artigos conduzida por Hodnett¹⁶ para avaliar fatores associados à experiência com o parto, não encontrou relação tão óbvia entre dor no trabalho de parto e insatisfação com o mesmo. Naquele trabalho, mais valorizados do que dor, imobilidade, idade, nível sócio-econômico, preparação para o parto e intervenções médicas foram: expectativas pessoais, qualidade do suporte e da relação entre cuidador e parturiente e envolvimento na tomada de decisões. É possível que por um lado, a dor do parto seja concebida como algo inerente ao processo de parturição, e, por outro, que as dores sejam consideradas parte da experiência de se tornar mãe, já que a capacidade de enfrentar ou resistir à dor do parto seria um dos aspectos valorizados da passagem para o status de adulta e mãe, representada pela parturição, para mulheres de camadas populares urbanas.³⁵

Quanto às expectativas da mulher, os estudos mostram que quanto mais a mulher tem medo de perder o controle durante o parto – seja o controle do seu próprio comportamento diante da dor, seja o controle do que os outros podem fazer com ela – mais o teme, acredita que a dor será insuportável e que precisará de analgesia.²²

É notável ainda que as reações de uma mulher à dor podem ser modificadas pelo ambiente no qual ela dá à luz e pelo suporte que recebe dos profissionais e acompanhantes. Sabe-se que a produção de endorfinas é incentivada pelo ambiente acolhedor e tranquilo, pela privacidade e liberdade de posições. Ao contrário, é bloqueada pela falta de privacidade,

[†] Termo utilizado pela antropóloga norte-americana Robbie Davis Floyd para caracterizar o paradigma de assistência ao parto de uma sociedade (a de seu país, e dos países que seguem este mesmo modelo) organizada de maneira hierárquica, com instituições patriarcais, cujos valores apóiam-se na supervalorização da ciência e tecnologia, na compreensão do corpo como uma máquina, na separação entre mente e corpo e na busca incansável pelo lucro.³⁶

presença de estranhos, pelo medo, pelos estímulos visuais como luzes intensas, estímulos mecânicos (toques vaginais repetidos, intervenções), auditivos (ordens, barulho) e pela imobilização no leito. Sabe-se inclusive, que a angústia experimentada durante o trabalho de parto através da liberação de adrenalina, pode contribuir para a própria distócia, dado o papel fundamental da ocitocina endógena na contratilidade uterina, e o efeito negativo do estresse e da insegurança sobre sua liberação.¹⁰

Há muitas opções farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor. Embora a analgesia peridural seja o método anestésico mais utilizado, em muitos países mulheres preferem métodos não farmacológicos se possível. Em estudo de Green³⁷ na Inglaterra, a maior parte das mulheres pesquisadas preferiu não usar drogas para alívio da dor, sendo essas as que estiveram mais satisfeitas com seu parto. Respiração e relaxamento foram as técnicas para alívio da dor mais utilizadas e mais eficazes para as mulheres que acreditavam na sua eficácia. Naquele estudo também a ansiedade com relação à dor do parto foi um preditor importante de insatisfação.

Apesar do importante componente da dor no aspecto da satisfação com o parto, a realização de analgesia não contribuiu para que as mulheres relatassem sentimentos positivos no trabalho de parto. A relação entre analgesia e satisfação com o parto constitui-se tema contraditório. Seria de se esperar que a garantia de analgesia contribuiria para a satisfação com o parto, no entanto, não é isso que se observa nos relatos presentes na literatura. Já em 1982 o estudo *The Queen Charlotte's survey*³⁸ do jornal *The Lancet*, demonstrava que o controle efetivo da dor não era garantia para satisfação com trabalho de parto. Estudos mais recentes também concluíram que a analgesia não parece interferir significativamente na satisfação com parto.^{9, 39, 40} Uma das explicações propostas para isto seria que as mulheres se submetem à analgesia quando alcançam um limiar muito alto da dor, e apesar da supressão da sensação dolorosa tenderiam a se remeter ao momento de pior dor quando questionadas no pós parto.

Pode ser também, como propõe Hodnett,¹⁶ que outros fatores tenham preponderância na avaliação do seu parto, como o cuidado e informações recebidas da equipe. Ainda podem influenciar esta decisão a vontade de manter controle pessoal durante o trabalho de parto e parto, o desejo de participar completamente da experiência e preocupações com efeitos indesejados dos medicamentos.

Em países desenvolvidos como o Japão e a Holanda, em que a dor do parto é considerada normal, as mulheres têm grande confiança de que saberão lidar com ela e é pequena a demanda por anestesia. Já nos países em que há expectativa de que a maioria das

mulheres deva receber anestesia no parto, quanto maior a confiança delas de que lidarão bem como todo o processo, até com a dor, menor é essa demanda.¹⁶

Neste estudo a realização de indução foi um fator contribuinte para que as mulheres se sentissem mal durante o trabalho de parto, possivelmente por aumentar consideravelmente a dor, já que na análise multivariada permaneceu somente a variável “dor maior que a esperada”, com a variável “indução” perdendo significância. Em estudo relatado por Enkin² mais de metade das mulheres que opinaram sobre o tratamento com ocitocina afirmaram ter sido desagradável, referindo preferir não usar a droga no seu próximo parto. Mais de 80% sentiram que a droga aumentou a dor, enquanto menos de 20% das mulheres do grupo que se movimentou, acreditavam que a movimentação tivesse aumentado sua dor. A insatisfação com a indução do trabalho de parto também pode estar associada à preferência de algumas mulheres por um parto com um mínimo de intervenções, ou ainda pelo fato de não serem devidamente esclarecidas quanto à necessidade de se instituir esse tratamento.

A presença de intervenções médicas é citada em alguns estudos associada negativamente à satisfação,⁹ enquanto parece não interferir na sua medida em outros. Sadler *et al.*¹⁹ avaliou a taxa de satisfação de parturientes submetidas ao que chamou de *active management of labor*, que consistia de amniotomia precoce, toques vaginais freqüentes e uso de altas doses de ocitocina para acelerar o parto e encontrou índices de satisfação de 77%, sendo que as intervenções não estiveram associadas negativa ou positivamente com a taxa de satisfação encontrada. Parece ser importante ainda, o fato de receber informações adequadas para que a mulher reconheça a intervenção como importante. Em Enkin,² mulheres informadas sobre o progresso inadequado do trabalho de parto expressaram preferência pelo tratamento ativo.

A presença de uma postura crítica ao excesso de intervencionismo no parto parece uma realidade de países em que historicamente o aparato-obstétrico-tecnocrático não se enraizou da maneira como o fez nos países aculturados pelo modelo norte-americano de assistência ao parto. Aculturação que, segundo Green,³⁷ estaria presente inclusive da Inglaterra. Este autor realizou estudo comparando a atitude de mulheres em 1987 e em 2000 com relação à aceitação de intervenções obstétricas e concluiu que as mulheres estariam mais inclinadas a aceitar ou desejar intervenções obstétricas nos dias atuais. Assim, as mulheres passam a conceber como normal e necessária a presença de todo um arsenal tecnológico para a condução de um evento que poderia prescindir do mesmo, por imaginar que se trata de garantir sua segurança e de seu conceito.

Sentir-se mal cuidada mostrou-se relevante para que mulheres sentissem-se mal

durante o trabalho de parto, tal qual relatou Domingues *et al.*¹ Sentir-se bem cuidada[‡], poder expressar livremente seus sentimentos e senti-los acolhidos pela equipe e desta receber informações é crucial para que a mulher sinta-se satisfeita com seu parto. A atitude da equipe com relação à mulher também foi importante no estudo de D'Ambruso *et al.*,²⁵ no qual as mulheres referiram esperar por atitude humana, profissional e cortês. As mulheres apreciam sentirem-se valorizadas e respeitadas e sentem-se mais satisfeitas quando se permite controle sobre seu próprio corpo.³⁰

A visão das mulheres brasileiras com relação à qualidade de cuidado aparece nos discursos de estudo de Dias³² mais como uma questão de sorte do que manejo de rotinas institucionais. Tal informação torna-se preocupante quando há queixa de desrespeito e maus-tratos³⁵ nas falas de usuárias das camadas populares de diferentes regiões do país. Ou seja, até que ponto, práticas violentas são assumidas como “naturais” pelas parturientes? Uma mudança nessa situação requer principalmente o reconhecimento de que o cuidado digno e respeitoso na atenção ao parto seja um direito, e sua violação portanto, um crime.

Durante grande parte do século XX, na maior parte do mundo, as experiências subjetivas do trabalho de parto e parto foram encobertas pela analgesia com narcóticos e pela anestesia geral. Enquanto as mulheres estavam inconscientes as questões de suporte físico e emocional eram irrelevantes. Quando o movimento do parto natural redefiniu a experiência de dar à luz como potencialmente positiva, tais aspectos do ambiente do parto assumiram novo significado.

Revisão sistemática de Hodnett *et al.*¹⁷ corrobora que a presença contínua de uma pessoa de suporte reduz a probabilidade de: uso de medicação para alívio da dor, cesariana, parto vaginal cirúrgico, diminuição da probabilidade de avaliações negativas da experiência de parto, de sentir-se muito tensa durante o trabalho de parto e de considerar o trabalho de parto pior que o esperado. Nosso estudo no entanto, não demonstrou efeito significativo entre a presença de acompanhante e satisfação com o parto.

Já o contato com o bebê logo após o parto diminuiu as chances de a mulher sentir-se mal com seu trabalho de parto e parto. Preconizado desde Leboyer,⁴¹ como uma forma de minimizar o trauma da experiência do nascimento para o bebê, o contato precoce com a mãe parece ser fundamental para o estabelecimento de vínculo entre os dois através do olfato, audição e tato, sendo atualmente prática recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).⁶

[‡] Seguindo conceito de Leonardo Boff, segundo o qual o modo-de-ser-cuidado é o que permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor, daquilo que tem importância. Não do valor utilitarista, mas do valor substantivo do qual emerge a dimensão de alteridade, respeito e sacralidade.⁴²

Revisão sistemática recente sugere que, instituído precocemente, este primeiro contato possa favorecer o sucesso da amamentação.⁴³ Seria de se esperar que mulheres cujos bebês apresentaram alguma intercorrência, não tivessem a possibilidade de contato imediato com seus filhos, e que portanto, uma variável estaria diretamente ligada à outra na determinação da satisfação. No entanto, na análise multivariada ambas as variáveis estiveram independentemente associadas à insatisfação com o parto, o que demonstra a importância que assume o contato precoce com o bebê para a satisfação da mulher com seu parto, independentemente de intercorrências com o bebê.

O modo de parto foi a variável estudada mais fortemente associada à satisfação, sendo que as mulheres que tiveram parto vaginal sentiram-se pior do que as que tiveram cesareana. Diferentemente, Stadlmayr *et al.*⁴⁰ concluíram que os sentimentos com o parto são mais negativos em ordem crescente: parto vaginal espontâneo, vaginal operatório, cesárea eletiva, atingindo os valores mais altos na cesárea não planejada. Encontra-se ainda na literatura a referência ao parto operatório associado à insatisfação com o parto.³⁸

As mulheres no presente estudo foram entrevistadas logo após o parto, o que ofereceu tempo insuficiente para que aquelas submetidas à cesareana pudessem avaliar os efeitos do pós-operatório, já que esta via de parto implica um tempo de recuperação mais longo. Em estudo descrito por Enkin,² um quarto das mulheres relatou ainda sentir dor duas semanas depois da cesárea, e mais de 15% afirmaram ter dificuldades com as atividades normais, como levantar da cama, inclinar-se e pegar o bebê, e 10% das mulheres ainda se mantiveram assim dois meses após a operação. Ressalta-se que o número de mulheres submetidas à cesárea avaliadas neste estudo foi pequeno, dadas as exclusões de gestações de risco.

Poder-se-ia argumentar que as mulheres atualmente preferem a cesárea porque assim evitam as dores do parto, porque confiam na segurança do procedimento ou porque desejam ter acesso a algo que se tornou um bem de consumo, e que, portanto, alcançar essa expectativa poderia ter influenciado sua avaliação do parto. Contudo, alcançar sua expectativa de parto não interferiu na maneira como as mulheres se sentiram no trabalho de parto ou parto. Além disso, somente 14% das mulheres afirmaram preferir a cesárea.

O discurso que afirma ser a cesárea uma preferência das mulheres, pretende utilizar esse dado para justificar as crescentes taxas desta operação no Brasil. Todavia dados da literatura são consistentes em demonstrar que as mulheres não referem preferência por esta via de parto.⁸ Em trabalho de Osis *et al.*,⁸ a maioria das mulheres entrevistadas considerava a dor do trabalho de parto mais facilmente tolerável e também acreditavam que permitiria à mulher reiniciar suas atividades mais precocemente, enquanto a dor da cesárea seria mais

persistente e incapacitante.

É possível também que os partos vaginais, da maneira como são conduzidos, contribuam para a insatisfação da mulher. Procedimentos dolorosos como a indução do trabalho de parto, e sentir-se mal cuidada pela equipe foram aspectos discutidos neste trabalho. Outras variáveis não contempladas nesse estudo podem estar relacionadas também com esse fato, como o número de toques vaginais, o ambiente hospitalar e o número de pessoas “observando” o parto.

A análise desses dados nos permitiu identificar alguns dos aspectos envolvidos com a insatisfação da mulher durante trabalho de parto e parto. A importância do aspecto negativo da dor nos faz acreditar que as mulheres poderiam beneficiar-se de práticas não farmacológicas para seu alívio. Massagens, curso preparatório para gestantes, ambientes de parto mais acolhedores devem ser estudados para que se avalie sua influência sobre a percepção dolorosa da dor.

A vulnerabilidade presente entre as primíparas para a insatisfação com o trabalho de parto merece atenção. Essas, muito provavelmente, poderiam se beneficiar de cursos preparatórios para gestantes nos quais se pudesse discutir e trabalhar medos e inseguranças com relação à gestação. Este instrumento, inserido na perspectiva de promoção à saúde deveria ser estimulado enquanto política pública nos serviços básicos de saúde.

Os grupos de mulheres, gestantes ou não, podem difundir os benefícios do parto normal para mãe e bebê, possibilitar a troca de experiências entre as mulheres e auxiliá-las no exercício da autoconfiança e segurança. Além do mais, nesses espaços, a aquisição de conhecimentos sobre o próprio corpo, a fisiologia do parto e a assistência ao parto funcionam como uma estratégia importante para o empoderamento dessas mulheres. O conhecimento leva à possibilidade de argumentação e diálogo com os profissionais de saúde e, portanto, maior capacidade de opinar sobre alguns aspectos da assistência ao seu parto. Através do diálogo e reconhecimento dos desejos e necessidades das mulheres os próprios profissionais de saúde passam a defrontar-se com suas próprias verdades, estando mais sujeitos a questioná-las e modificá-las.

Deve-se ressaltar ainda a centralidade do cuidado e da atenção no parto por parte da equipe de saúde, para que esta seja uma experiência positiva e gratificante para as parturientes. De todas as mudanças nas práticas assistenciais que buscam a humanização do parto talvez seja o cuidado dispensado às mulheres seu aspecto mais crucial e muito provavelmente também o de mais difícil modificação. Estudos que investiguem o entendimento de “cuidado” entre os envolvidos com a atenção ao parto poderiam ser

elucidativos para a compreensão da atual relação que se estabelece entre profissional de saúde e paciente.

Esta pesquisa mostrou que o parto vaginal aumenta as chances da mulher sentir-se mal com seu parto, fato que difere dos dados encontrados na literatura. Novas pesquisas sobre esse tema devem ser realizadas. Considera-se importante uma pesquisa na qual as mulheres submetidas à cesareana de forma eletiva também sejam entrevistadas para que os motivos que às levam à escolha desta via de parto sejam compreendidos. Sugere-se ainda, nova entrevista dentro de um ano com as participantes deste estudo, para avaliar se houve mudanças nas avaliações de satisfação com trabalho de parto e parto.

Um estudo mais detalhado que contemple a fala das mulheres poderia trazer elementos mais profundos para a compreensão deste complexo campo que é a satisfação com o parto. Não se pretende aqui defender que rotinas hospitalares sejam unicamente definidas de acordo com o que pensa e deseja a mulher, mas que estas sejam observadas e adequadas para que se possa oferecer a ela um meio mais acolhedor e propício para um bom parto.

A medicina baseada em evidência constitui-se importante ferramenta na definição de uma prática médica mais eficaz e responsável. No entanto, alguns aspectos como o cuidado e satisfação, considerados subjetivos e, portanto, fora da alçada de nossa ciência cartesiana, são excluídos desse campo investigativo. É preciso que temas como esses sejam incorporados nas investigações sobre o parto, mas também que o nascimento não seja interpretado somente à luz do que é “evidente cientificamente”.

Vale ressaltar que, “concentrar-se em aspectos técnicos isolados, num modelo universalista de família e de feminilidade, no contexto de uma cultura fortemente centrada no mito do amor materno e na pesada herança higienista da medicina, pode minimizar o grande potencial que têm as experiências de humanização, que é justamente o empoderamento das diferentes mulheres no que tange sua saúde reprodutiva e sexualidade”.⁴⁴

Mais do que um conjunto de rotinas, o parto precisa ser re-interpretado como o momento especial que é, para que a mulher recupere seu protagonismo, para que o bebê seja recebido serenamente e sereno inicie sua relação com o mundo, para que quem atende ao parto possa renovar-se e desfrutar de cada nascimento...Talvez este seja também um importante passo a caminho da construção de um novo “*ethos* civilizacional” em que respeito e cuidado possam submergir como valores essenciais.

6 CONCLUSÃO

Entre as mulheres entrevistadas 53% sentiram-se mal durante seu trabalho de parto. Estiveram relacionados a uma avaliação negativa: maior escolaridade, sentir-se mal cuidada e ter parto induzido. As variáveis que permaneceram no modelo de análise multivariada, foram ser primípara, referir dor maior que a esperada e não ter contato com o bebê logo após o nascimento, portanto, essas variáveis são as que melhor explicam a insatisfação com o trabalho de parto.

Referiram terem se sentido mal durante o parto 19% das mulheres. Ser multípara, a presença de intercorrência com o bebê, realizar parto normal, não ter contato com o bebê logo após o nascimento e ter dor maior que a esperada nesse momento estiveram associados à insatisfação e todas essas variáveis permaneceram no modelo final da análise multivariada.

REFERÊNCIAS

1. Domingues RM, Santos EM, Leal Mdo C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad de Saúde Pública*. 2004;20 Suppl 1:S52-62.
2. Enkin M KM, Neilson J, Duley CCLD, Hodnett E, Hofmeyr J. A guide to effective care in pregnancy. New York: Oxford University Press; 2000.
3. Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet*. 2005;365(9462):847-54.
4. Diniz C. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
5. Diniz C. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):627-637.
6. OMS, Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: OMS; 1996. 54 p
7. Osis MJ, Padua KS, Duarte GA, Souza TR, Faundes A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;75 Suppl 1:S59-66.
8. Merhy E. A cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 2002.
9. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004;31(1):17-27.
10. Odent M. A cientificação do amor. São Paulo: Terceira Margem; 2000.
11. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesareana. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2):226-32.
12. Gottvall K, Waldenstrom U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;109(3):254-60.
13. Stadlmayr W, Bitzer J, Amsler F, Simoni H, Alder J, Surbek D, et al. Acute stress

- reactions in the first 3 weeks postpartum: A study of 219 parturients. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006; 27(4):211-24.
14. van Teijlingen ER, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth*. 2003;30(2):75-82.
 15. Waldenstrom U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(5):551-60.
 16. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5 Suppl Nature):S160-72.
 17. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. (Online) 2003(3):CD003766. [acesso em 2007 Mar 9]. Disponível em: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003766/frame.html>.
 18. Hardin AM, Buckner EB. Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth. *J Perinat Educ*. 2004;13(4):10-6.
 19. Sadler LC, Davison T, McCowan LM. Maternal satisfaction with active management of labor: a randomized controlled trial. *Birth*. 2001;28(4):225-35.
 20. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. (Online). 2002(1):CD000199.
 21. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*. 2003;30(4):235-47.
 22. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004;46(2):212-9.
 23. Ware JE, Jr., Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care*. 1988;26(4):393-402.
 24. Stadlmayr W, Amsler F, Lemola S, Stein S, Alt M, Burgin D, et al. Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006;27(4):211-24.
 25. D'Ambruoso L, Abbey M, Hussein J. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public Health*.

2005;5:140.

26. Bramadat IJ, Driedger M. Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth*. 1993;20(1):22-9.
27. Waldenstrom U. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*. 2004;31(2):102-7.
28. Brown S, Lumley J. Changing childbirth: lessons from an Australian survey of 1336 women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105(2):143-55.
29. Hundley VA, Milne JM, Glazener CM, Mollison J. Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(11):1273-80.
30. Matthews R, Callister LC. Childbearing women's perceptions of nursing care that promotes dignity. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(4):498-507.
31. Kyomuhendo GB. Low use of rural maternity services in Uganda: impact of women's status, traditional beliefs and limited resources. *Reprod Health Matters*. 2003;11(21):16-26.
32. Dias MA, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(12):2647-55.
33. Bezerra MG, Cardoso MV. Los factores que interfieren en las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2006;14(3):414-21.
34. Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*. 2001;93(2):123-7.
35. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bogus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo...ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(5):1303-11.
36. Floyd RD. From doctor to healer: the transformative journey. New Jersey: Rutgers University Press; 1999.
37. Green JM. Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. *Birth*. 1993;20(2):65-72.
38. Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Analgesia and satisfaction in childbirth

- (The Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet*. 1982;2(8302):808-10.
39. Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Evans SF. Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2003;43(6):463-8.
 40. Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, Burgin D, Bitzer J. How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;115(1):43-50.
 41. Leboyer F. *Nascer sorrindo*. 14. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.
 42. Boff, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes; 1999.
 43. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic reviews* (Online) 2003(2):CD003519. [acesso em 2007 Mar 9]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=Anderson%20and%20Hepworth&lang=pt>.
 44. Tornquist CS. *Parto e Poder: O Movimento pela Humanização do Parto no Brasil*. [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – PPGAS; 2004.

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Telefone para contato 48-331-9480) Local _____ Data _____

Eu, _____

Idade: _____ anos RG: _____ ficha: _____

Fui informada que:

Esta é uma pesquisa para saber minha opinião sobre os métodos que foram utilizados para meu cuidado e conforto no parto e como me senti com eles. Minha opinião pode ser importante para modificar o atendimento e melhorar o cuidado com as gestantes neste e em outros hospitais.

Para isso, devo responder a algumas perguntas feitas por um (a) entrevistador (a). A entrevista poderá ser gravada em fita.

Posso deixar de responder a qualquer pergunta se desejar e a qualquer momento posso deixar de participar deste estudo e/ou solicitar que minhas respostas sejam tiradas da pesquisa sem que isso prejudique o meu atendimento, da minha família ou do meu filho. A equipe médica e de enfermagem cuidarão de mim da mesma maneira que cuidariam se eu não estivesse participando da pesquisa e serei submetida aos mesmos tratamentos e exames que as pacientes que não participam.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa será esclarecida pelo (a) entrevistador ou pela equipe que, se necessário, falará com a Dra. Telma para esclarece-la.

Cada pessoa será identificada por um número e as opiniões expressadas não serão atribuídas a nenhum participante. Por isso, ninguém saberá das informações, opiniões e dados pessoais obtidos nesta pesquisa, mesmo que os resultados sejam publicados em revistas.






Ciente de tudo isso, concordo em participar do estudo.

Assinatura e nome do entrevistado

Assinatura e nome do entrevistador

Apêndice 2 – Escala de Satisfação

Como você se sentiu?

1	2	3	4	5
				
Muito Mal	Mal	Mais Ou Menos	Bem	Muito Bem

Apêndice 2 - Questionário aplicado às puérperas

Verifique se a mulher preenche os critérios para a seleção dos sujeitos:

Sim

- ☐ Trabalho de parto e parto acompanhado no hospital.
- ☐ Não apresentava indicação de cesárea, antes de iniciar o trabalho de parto.
- ☐ Não apresentava doenças que pudessem comprometer a saúde materna, o bem estar fetal ou o trabalho de parto.
- ☐ Não apresentava Óbito e/ou Malformação fetal e/ou Gestação gemelar.
- ☐ Não apresentava trabalho de parto prematuro.
- ☐ Não apresenta Dificuldades de comunicação.
- ☐ Deseja participar do estudo.
- ☐ Assinou o consentimento informado.

Se todos os itens foram checados, inicie a coleta de dados:

1. Instrumento nº: __ (1 UFSC/ 2 UFPel/ 3 UNIOESTE) __ __ __

♦As perguntas de 2 a 13 devem ser pesquisadas no prontuário da Mulher

2. Doenças e intercorrências na gestação: (1) sim (2) não

3. Quais: _____

4. O parto foi induzido? (1) sim (2) não (3) ignorado

5. Método de indução: _____

6. Tipo de parto? (1) Normal horizontal (2) Normal vertical

(3) Cesáreo

(4) Normal operatório (fórcipe)

7. Por que o parto foi operatório (cesárea ou fórceps)?

8. Recebeu anestesia/ analgesia no trabalho de parto e/ou parto?

(1) Não (2) Raquidiana (3) Peridural (4) Bloqueio combinado (5) anestesia geral

(6) Outro _____

9. Recebeu algum tipo de medicação para o alívio da dor ou tranqüilizante no trabalho de parto e/ou parto (apenas até o nascimento – medicações pós-parto NÃO devem ser incluídas).

(1) Não (2) Hioscina (3) Meperidina/ opióides (4) Outro: _____

10. Apgar do RN: 1º min. _____ 5º min. _____

11. Idade gestacional após o nascimento: _____

12. Intercorrências com RN? (1) sim (Quais: _____)

(2) não

13. Intercorrências maternas durante a internação? (1) sim (Quais _____)
(2) não

♦ *As questões de 14 a 29 são perguntas à entrevistada e podem ser confirmadas no prontuário se houver necessidade*

14. Idade: _____ anos
15. Anos de estudo: _____
16. Estado civil: (1) convive com o parceiro (2) não convive com o parceiro
17. Raça: (1) branca (2) negra (3) parda (4) indígena (5) amarela
18. Exerce atividade remunerada? (1) sim (2) não
19. Qual? _____
20. Número de gestações _____
21. Número de Partos normais _____
22. Número de Cesáreas _____
23. Número de abortos _____
24. Número de filhos vivos _____
25. Parto anterior a este há quanto tempo? _____
26. Fez Pré-natal? (1) sim (2) não
27. Número de consultas de pré-natal _____
28. Local do Pré-natal: (1) SUS (2) convênio médico (3) particular
29. Curso de preparação ao parto: (1) sim (2) não

♦ *As questões de 30 a 61 são perguntas à entrevistada NÃO devem ser mudadas ou preenchidas de outra maneira*

30. Teve trabalho de parto? (1) sim (2) não (9) não sabe
31. Início do trabalho de parto no dia ____/____/____ no período _____
32. Internação no hospital às no dia ____/____/____ no período _____
33. A bolsa rompeu: (1) Sozinha (espontânea) (2) O profissional de saúde rompeu a bolsa
(3) A bolsa não rompeu (9) Não sabe
34. Parto às ____:____ horas, do dia ____/____/____
35. Como a senhora se sentiu durante o trabalho de parto (ou seja, desde a internação até o momento do nascimento do bebê) _____ (escala de satisfação)

36. Porque a senhora se sentiu assim?

37. Como a senhora se sentiu durante o parto (ou seja, a saída do bebê) _____ *(escala de satisfação)*

38. Porque a senhora se sentiu assim?

39. Como a senhora se sentiu com a experiência do nascimento desse bebê _____ *(escala de satisfação)*

40. Porque a senhora se sentiu assim?

41. Antes de ter o bebê, que tipo de parto a senhora queria ter?

- (1) normal horizontal (2) normal vertical (3) cesáreo
(4) outro _____ (5) sem preferência

42. Que tipo de parto a senhora teve?

- (1) normal horizontal (2) normal vertical (3) cesáreo (4) normal operatório(fórcipe)
(5) outro _____ (9) não sabe

43. Se foi operatório (cesárea ou fórcipe), qual foi o motivo?

44. Se a senhora tiver outro filho, que tipo de parto gostaria de ter?

- (1) normal horizontal (2) normal vertical (3) cesáreo (4) normal operatório(fórcipe)
(5) outro _____ (9) não sabe

45. O parto foi induzido? (1) sim (2) não (9) não sei

46. Se foi induzido, por que foi necessária a indução?

47. Como foi a dor no trabalho de parto/parto? (1) doeu mais do que eu esperava

(2) doeu como eu esperava

(3) doeu menos do que esperava

48. Dor no TP _____ *(utilizar a régua da EAV)*

49. Com relação à forma como foi cuidada durante o trabalho de parto e parto, como a senhora se sentiu? _____ *(escala de satisfação)*

50. Porque a senhora se sentiu assim?

51. A senhora utilizou algum meio para se sentir mais confortável no parto?

(1) sim (2) não

52. Quais meios? _____

53. Quais desses meios a Sra. utilizou durante o trabalho de parto e/ ou parto?

(Marcar com um “x” os que a paciente referir)

- ☐ Banho para higiene
- ☐ Banho de relaxamento
- ☐ Andar durante o trabalho de parto
- ☐ Sentar na bola de parto ou no cavalinho
- ☐ Presença de acompanhante
- ☐ Massagens
- ☐ Remédios para a dor
- ☐ Analgesia (no trabalho de parto)
- ☐ Anestesia peridural ou raquidiana
- ☐ Anestesia Local
- ☐ Outro tipo de anestesia

54. A senhora preferia não ter utilizado um ou alguns dos métodos que utilizou?

(pergunte por que de cada um que a entrevistada referir)

55. A Sra. teve algum efeito colateral e/ou desagradável com o uso de algum desses métodos? *(descreva os efeitos de cada método que a entrevistada referir).*

56. Como a senhora se sente com relação às informações que recebeu da equipe de assistência (médicos e profissionais de enfermagem) durante o seu trabalho de parto e parto?

_____ (escala de satisfação)

57. Com relação ao ambiente hospitalar durante o trabalho de parto e parto, como a senhora se sentiu? _____ (escala de satisfação)

58. Com relação à forma com que a equipe de saúde se relacionava entre si durante seu trabalho de parto e parto, como a senhora se sentiu? _____ (escala de satisfação)

59. Como foi seu contato com o bebê logo após o nascimento?

(1) não vi nem toquei o bebê (2) vi o bebê

(3) tive contato com o bebê (toquei e/ou acariciei e/ou foi colocado no meu colo ou no peito)

60. O bebê mamou logo que nasceu? (1) sim (2) não

61. A senhora está amamentando? (1) sim (2) não

PESQUISA NO PRONTUÁRIO / FICHA

Nome			
Nº do instrumento			
Nº do Prontuário			
Endereço	Rua: Bairro: CEP:	Nº: Cidade: Complemento:	Estado:
Telefone (1)			
Telefone (2)			

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, resolução nº. 001/2005, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

- 1º. Análise quanto à forma ;
- 2º. Quanto ao conteúdo;
- 3º. Apresentação oral;
- 4º. Material didático utilizado na apresentação;
- 5º. Tempo de apresentação:
15 minutos para o aluno;
05 minutos para cada membro da Banca;
05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA
2. CONTEÚDO
3. APRESENTAÇÃO ORAL
4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____